

## PROGRAMA DE SALUD Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES DE NIÑOS (CHDP) SOLICITUD PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

### Instrucciones para el padre o el paciente

- Para poder recibir hoy un examen de salud sin cargo, nos tiene que dar la información requerida en este formulario. La información que usted proporciona es confidencial. Éste es un programa voluntario (Título 17, Código de Reglamentaciones de California, Secciones 6802 y 6832).
- Llenar y firmar este formulario puede hacer que usted o su hijo reciba un examen de salud completo hoy y puede brindarle servicios dentales, de la vista, de salud mental y otros servicios de salud sin costo este mes y el mes siguiente.

¿Es el paciente menor de 19 años de edad?  Sí  No

¿Cuántas personas hay en su familia? \_\_\_\_\_

¿Cuánto dinero gana su familia antes del descuento de los impuestos?

\$ \_\_\_\_\_ Ó \$ \_\_\_\_\_  
por mes por año

- Es posible que usted o su hijo sea elegible para recibir cobertura continua de atención de la salud mediante Medi-Cal o Healthy Families. Si contesta NO a esta pregunta, La cobertura de salud, dental y de la vista terminará al final del próximo mes. Igual seguirá elegible para obtener servicios preventivos del CHDP.

Deseo solicitar cobertura continua mediante Medi-Cal o Healthy Families.  Sí  No

### Información sobre el paciente

¿Tiene el paciente una Tarjeta de Identificación de Beneficios (BIC) del Estado de California o una tarjeta de Medi-Cal?  Sí  No

Si la tiene, ¿cuál es el número de identificación en la tarjeta BIC (si está disponible)? \_\_\_\_\_

Apellido del paciente Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento (mes/día/año) Sexo  
 Masculino  Femenino

Si está sin hogar, marque aquí. Ponga la ubicación general en la sección "Dirección donde vive" y complete la sección "Dirección postal".

Dirección donde vive	Número de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	------------------------	--------	--------	---------------

Condado en que vive

Dirección postal (si no es la misma que la Dirección en que vive)	Número de departamento	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------------------------------------------------------	------------------------	--------	--------	---------------

Número de seguro social del paciente ( <i>optativo</i> )	Apellido de la madre Nombre
----------------------------------------------------------	-----------------------------

### Información sobre el padre o tutor

Apellido del padre / tutor o paciente menor de edad emancipado Nombre Segundo nombre

Número de teléfono en la casa ( )	Número de teléfono en el trabajo ( )	Número para mensajes telefónicos ( )
--------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

¿Qué idioma se habla en su casa?

¿En qué idioma lee mejor?

### Certificación

Solicito un examen de salud del CHDP hoy. Certifico que leí y entiendo este formulario. Declaro que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa.

Firma del padre / tutor o menor de edad emancipado	Relación con el paciente	Fecha
----------------------------------------------------	--------------------------	-------

Las personas tienen derecho a examinar los registros que contienen información personal sobre ellas. La entidad a cargo de mantener esta información es el Department of Health Services, P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320. También se mantendrá una copia de esta información en el registro médico de su hijo.